

Seminar: Trauma und Sucht ; fdr Kongress Mai 2013

Skizzen vom Flip Chart nach dem Literaturverzeichnis

Suchtherapie

Traumatherapie

Diagnostik erstellen.

Phasen der Therapie:

1. Stabilisierung
2. Phase der Traumabearbeitung
3. Integrationsphase

Arbeit mit dem inneren Kind

Traumatisierte sind oft unterversorgt. Therapeutin ist nicht da um diese Unterversorgung zu stillen, das saugt zu sehr aus, Fass ohne Boden, wir können nicht „füttern“.

Übung (nach Ellen Spangenberg): leere Leinwand auf der Leinwand ein Bild mit dem inneren Kind, einfrieren mit einem Fingerschnippen, wie Dornröschen, alles schläft und dann anschauen, eventuell in die Szene gehen und Kontakt aufnehmen, heute eine gute Lösung finden, kein „Kontakt mit dem Täter“ aufnehmen, keine Konfrontation, sonst begegnet die erw. Person dem inneren Kind mit Hassgefühlen.

Klientin ist die Erwachsene, die anfängt das innere Kind selbst zu versorgen.

24 Stunden das innere Kind zu versorgen ist zu viel und nicht gut, Gefahr der Überforderung Leid würdigen und dann ein neues Drehbuch schreiben, es geht nicht darum die Biografie zu verändern.

Klientin bleibt in der erwachsenen Position (wichtig), in der 3. Person reden und nicht „ich“ sagen, vorher klären.

Fragen, was das innere Kind braucht, erarbeiten und dann erwachsene Person fragen, ob sie bereit ist das dem innerem Kind zu geben, wenn nicht dann eine andere Person (Phantasieperson und keine reale Person) nehmen, Prozessarbeit, Kontakt anregen, mitgehen, nachfragen, etwas mitgeben, z.B. einen Satz die Große der Kleinen und die Kleine der Großen, Verabschieden, das innere Kind an einen sicheren Ort bringen und ausmachen, wann wieder Kontakt sein wird und ob das o.k. ist. Inneres Kind soll den inneren Ort mitgestalten. Angebote machen, keine Versprechen

Die große Person hat die Aufgabe, die Kleine hat keine Aufgabe.

Das innere Kind darf sich melden, aber nicht um die Bedürfnisse der erwachsenen Person zu befriedigen, sondern die Befriedigung eigener Bedürfnisse.

Seminar: Trauma und Sucht

Sätze, die kommuniziert werden können auch leise sein, laut besser, weil sie dann aufgeladen sind, weil die Therapeutin als Zeugin mithört und die Klientin auch den Satz hört.

Bedanken, dass ein Kontakt stattgefunden hat. Wie geht es der erwachsenen Person? Wo spürt das die erwachsene Person? Verankern im Körper, langsam und liebevoll, z.B. mit bilateralem Klopfen (z.B. auf den Oberarmen).

Wenn das innere Kind kein Vertrauen zur erw. Person hat, Zustand würdigen, denn es gibt dafür einen Grund. Vertrauen entsteht durch Erfahrung, Ziel zurücknehmen.

„Ich vertraue darauf, dass Vertrauen entsteht, wenn Misstrauen sein darf.“

Dissoziation

Jeder Mensch kann dissoziieren, z.B. Autofahr-Trance

Dissoziation als Lebensstrategie, die in der Therapie genutzt werden kann.

Ungewollte Dissoziationen einstellen.

Dissoziation bedeutet in dem Moment nicht die Fähigkeit zu haben, den belastenden Gefühlen zu begegnen. Bei empathischer Haltung kann eine Dissoziation vertieft werden (nicht gut), zusätzliche Belastung.

Dissoziation erkennen:

- „ich fühle nichts mehr“ Körpererleben dissoziiert
- In sich versinken
- Starrer Blick
- Zittern, nesteln, motorische Unruhe
- Andere Mimik
- Änderung der Sprechweise (z.B. stottern), starke Brüche, andere Stimmlage, Stimme
- Themenhopping
- Psychogene Lähmung (Starre)

Dissoziation ansprechen: „Kann es sein, dass sie sich gerade wegbeamen?“

Als Therapeutin nebliges Gefühl: Klientin beamt sich weg.

Intrusion- und Konstriktionssymptomatik: beides sind Phänomene der Dissoziation

Hilfe zur Reorientierung in der Therapiesitzung:

- Ansprechen mit Namen (manchmal mit falschem Namen, Verwirrung entsteht und dann erklären)
- Aufforderung mit der Therapeutin in Kontakt treten, kein Augenkontakt (kann in dem Moment zu bedrohlich sein), „Schauen Sie zu mir, was für eine Farbe hat meine Hose?“
- Etwas in dem Raum suchen
- Auf den Atmen achten lassen
- Aufforderung gemeinsam zu atmen, wenn man merkt, dass Klientin schnell atmet, länger ausatmen, Hyperventilation verhindern, Lippenbremse und dann gegen den Druck ausatmen.
- Kein Körperkontakt, das kann zu bedrohlich sein und wenn dann ankündigen wie und wo und wenn dann Berührung mit dem Handrücken und klein

Seminar: Trauma und Sucht

- Aufforderung selber zu spüren, Berührung vom Stuhl, ...
- Unter fortwährender Erklärung lauter und deutlich sprechen
- Gehirnakrobatik, z.B. zählen, Stäbe am Geländer
- Reorientierung: „Jetzt sind Sie hier in der Beratungsstelle ...“
- Nach der Lieblingsfarbe fragen, 3 Gegenstände im Raum suchen, hingehen, beschreiben lassen, anfassen

Nach der ersten Dissoziation daran arbeiten, was es für Möglichkeiten gibt, was der Klientin hilft.

Hilfe zur Selbsthilfe besprechen (Klientin soll aufzählen):

- Notfallkoffer
- Atemübung
- Bewusstes Wahrnehmen mit allen Sinnen
- Boden unter den Füßen spüren
- Achtsamkeitsübung (Hände auf den Bauch, Atem spüren, Bewegung der Bauchdecke, Selbstsuggestionen)
- Igelball in der Stunde in die Hand nehmen
- Hirnakrobatik

Selbstbeobachtung bei Dissoziation (um sich zu verstehen und nicht zu verurteilen):

- Ziel ist die Wahrnehmung im Hier und Jetzt
- In welcher Situation habe ich mich befunden, bevor ich zu dissoziieren begann?
- Was habe ich körperlich und seelisch gerade gefühlt?
- Was ist das letzte voran ich mich erinnere?
- Ich wusste, dass ich dissoziiere, weil ich begann ...
- Was habe ich versucht zu vermeiden?
- Was hätte ich stattdessen tun können?

Keine Traumatherapie wenn Täterkontakt da ist.

Sekundäre Traumatisierung und Retraumatisierung**Wie kann ich mich als Therapeutin vor einer sekundären Traumatisierung schützen?**

Wir können nicht 100; € geben, wenn wir die nicht haben.

Als Therapeutin sollten wir eine gewisse Stabilität in der Sitzung haben.

Bsp.: Klientin, die ihr Kind verloren hat und Therapeutin, die mitweint. Klientin braucht Halt und ein starkes Gegenüber. Klientin hat die Therapeutin gewechselt.

Wir dürfen trotzdem berührt sein.

Praxismanagement: wie viel Traumatisierte, Selbstverletzte, cmbA, Menschen mit Borderlinediagnose, Suizidgefährdete, etc. kann ich behandeln? Wie kann ich die gut am Tag verteilen?

Wenn die Betroffene da ist: therapeutische Schutzmechanismen:

- Sitzhaltung verändern: Übung (nicht frontal)
- Fenster auf
- Nach der Stunde: kurze Pause, Hände waschen, Mitte finden, bei frischer Luft tief durchatmen, abstreifen
- Wasser trinken (kurze Unterbrechung);
- Auf den Zeitpunkt achten:
 - Auf mich achten, ob der Zeitpunkt gut ist, ob ich genügend psychische Stabilität habe, mir das anzuhören
 - Ob das Thema mich nicht selber zu sehr berührt
 - Ob die Klientin stabil genug ist, das jetzt zu erzählen (Traumatisierte suchtmittelabhängige Klientinnen haben selten gelernt gut auf sich zu achten, das ist unsere Aufgabe in der Therapie das zu übernehmen und vorzuleben);
 - Ist noch genügend Zeit das Thema anzuschauen, ansonsten die Klientin stoppen und wertschätzend erklären.

Wie kann ich die Klientin vor einer Retraumatisierung in dem Therapiesetting schützen?

Indem ich ihr als Therapeutin folgende Eigenschaften entgegenbringe:

- Wertschätzung
- Indem ich mir vorher überlege, ob ich die Klientin übernehmen kann.
- Achtung
- Respekt
- Transparenz in der Behandlung
- Klare Grenzen (z.B. Zeit einhalten)

Therapiesetting:

Als Therapeutin nicht mit der Klientin in die Problemtrance gehen, sondern begleiten und die Klientin nicht in der Problemtrance sitzen lassen. Dadurch entsteht eine andere Haltung der Therapeutin: Entkatastrophisierung, Reduktion der Dramatik.

Wie weit gehe ich als Therapeutin mit?

Transparenz, nicht zum Geheimnisfaktor werden, Vorsicht wenn Klientinnen oder Angehörige versuchen zu spalten, klare therapeutische Position ist wichtig.

Klare Grenzen sind wichtig, Stunde nicht verlängern, sagen dass sie bald zu Ende ist und daran arbeiten, was die Klientin noch braucht, um gehen zu können, z.B. noch im Wartezimmer sitzen? Bei uns gut, weil ausschließlich Frauen anwesend sind.

Seminar: Trauma und Sucht

Welche Lösung gibt es?

- Beste Lösung ist nicht möglich, sonst gäbe es keine Krise.
- Zweitbeste Lösung.

Wie isst man einen Elefanten?

Antwort: „In kleinen Scheiben.“

Keine Versprechungen machen.

Prioritäten setzen.

Mit Metaphern arbeiten, bleiben länger im Gedächtnis, anderer Zugang.

Sandspieltherapie

Non-verbale Methoden

Die Klientin entscheidet, wann sie wieder kommen will, Therapeutin kann eine Empfehlung aussprechen.

Therapeutin traut der Klientin zu, dass sie die Zeit bis zur nächsten Sitzung bewältigt.

Für den Notfall, Notfallplan durchsprechen.

Das Verlorene würdigen. Bsp.: Silberne Hochzeit, Trennung, Wut und fehlgeschlagene Versuche und dann immer wieder Wut. Erklärung: weil das so wichtig war,... Die Krise wird dadurch nicht besser, aber der Kontext wird anders.

Würdigung der bisherigen Versuche:

- Was waren sinnvolle Strategien und was waren weniger sinnvolle Strategien.

Vorsicht mit: die Krise ist eine Chance (chinesisch), zu einseitig und wenig würdigend, vielleicht ganz am Ende der Therapie, mit Blick auf die eigene Entwicklung und Stärke, die gewonnen wurde und einem Stück Dankbarkeit.

Ansonsten wirkt es eher als eine Missachtung des Leids.

Am Anfang der Therapie sollte das Leidvolle immer wieder beachtet werden, sonst fühlt sich die Klientin nicht ernst genommen.

Rückfall, bzw. Vorfall nicht bagatellisieren aber auch nicht dramatisieren. Klientin: „Der Arzt hat gesagt ich soll mich zusammen reißen“ wenig Würdigung und wenig Verständnis.

Langsam auf die Klientin zugehen; leise die Tür zumachen, Fragen, ob man das oder das machen kann, sagen was man macht („Ich gehe jetzt hinter den Vorhang und hole eine Decke für Sie. Ich komme gleich wieder. Ist das in Ordnung?“ „Ich gehe nach vorne ins Verwaltungsbüro und hole die Unterlage. Ist das in Ordnung? Soll ich die Tür offen lassen?“) Kein Körperkontakt, nicht Hand auf die Schulter legen oder ähnliches.

Tränen würdigen: „Es ist gut, dass jetzt etwas in's Fließen kommt. Hier können Sie weinen.

Taschentücher reichen, danke, sehr gerne, ... Tränen lösen Blockaden und erleichtern, es ist gut, wenn es leichter wird.“ Unterscheidung: Weinkrämpfe / Problemtrance.

Positiv, positiv, positiv
Stabilisierung, Stabilisierung, Stabilisierung

Am Anfang der Stunde den Ablauf der Stunde besprechen, Transparenz
Therapie besprechen, Themen säen (das Unbewusste kann sich darauf vorbereiten)

Klientin sucht sich den Platz im Zimmer aus: „Wohin wollen Sie sich setzen?“
Klientin bestimmt das Tempo der Therapie.

Aufstellung von klaren Verhaltensregeln und Vereinbarungen zum Umgang mit Krisen (Notfallliste,
Vereinbarungen für eventuell auftretende Suizidalität)

Übungen

Bei einmaligen traumatischen Ereignissen:
Achse aufzeichnen: 1 Säule Anfang und andere Säule Ende und dann mit Pfeil Auswirkungen.
Sicherheitssäulen: Begrenztheit aufzeigen: mögliche Fragen:

- Wann hat es angefangen?
- wann war es Ihnen klar, dass es eine absolute Ausnahme war?
- wann war es Ihnen klar, dass das Ereignis ein Ende hat?
- wann war es wieder „normal“? Wann war es zu Ende?

In manchen Situationen ist es hilfreich, die akute Situation anzuschauen, die Begrenztheit der akuten Situation.

z.B. bei trauernden Eltern: manche haben die Vorstellung, dass die Trauer nicht aufhören darf.
Wie kann die Verbindung im Alltag bestehen und ich kann Freude empfinden?

Ressourcen finden, sich vorstellen:

- wann war es gut?
- Wie fühlt sich das an?
- Wo spüren Sie das im Körper? (Vorsicht!)

Tresorübung

Gepäck ablegen – helles Wesen begegnen

Licht - Übung

TRIMB: Trauma Recapitulation with Imagination Motion and breath (Ingrid Olbricht, gest. 2004),
Seminare möglich bei Ellen Spangenberg

Gegenstand in die Hand geben z.B. Igelball.

Fingersignale: ja / nein / Stopp

Glockenschaubild**Spannungskurve:** selber einschätzen und erklären; Prozent und Zeit

Entspannt, wohl. Achtsam

Ich bin freundlich zu mir selbst

Ich gestalte aktiv meine Beziehung

Bewußter Umgang mit Gefühlen: ich bin nicht mein Gefühl, ich habe ein Gefühl

70 % ab hier helfen nur noch Notfallskills

Wohlfühlkoffer / Notfallkoffer / Rescuekoffer (alle Sinne ansprechen):

Ammoniak Ampullen, Saure Gummibärchen, Vit. C Brause Pulver, Tigerbalsam, Meerrettich, Telefonliste, Übungen: 5-4-3-2-1, CD, Mandala malen, scharfe Zahnpaste, Gummiband, Tennisball an die Wand,, Igelball, kleines Kuscheltier, Kinderbücher, Urlaubsfoto, Brief an sich, Chili, Cool Pack, kaltes Wasser auf die Unterarme laufen lassen, Pro und Contra Liste anschauen, Karte über die man sich gefreut hat, Aromaöl, Kreuzworträtsel, Sudoku, Puzzle, in Siebener Schritten rückwärts zählen...

Klopftherapieübung mit Satz: „Ich liebe und akzeptiere mich von ganzen Herzen mit all meinen Problemen und Grenzen.“**Gefühl beschreiben lassen und „Gegenbild finden“, z.B. Strudel und Gegenstrudel zeichnen, Welle,...**

Und auch diese Gefühle haben ein Anfang und ein Ende.

Baumübung**Wutraum****Arbeit mit Ton****Skala** Klientin lernt sich zu skalieren.**Meditations-, Entspannungs- und oder Achtsamkeits CDs****Körperwahrnehmungsübungen**, einfachere und den ganzen Körper entsprechend (reduziert auch Schmerzsymptome),**Persönliches Erfolgstagebuch anlegen:** was habe ich heute gut gemacht, wo habe ich mich wohl gefühlt, ... sich persönlich auf die Schulter klopfen.**Bei Schlafstörungen:**

- Geschehnisse des Tages rückwärts aufzählen, unbedingt rückwärts, weil schwerer und sehr genau aufzählen.

Seminar: Trauma und Sucht

- Nicht lange im Bett bleiben und grübeln, sondern aufstehen und unangenehme oder angenehme (Vorsicht: Belohnung) Hausarbeit machen.
- Schöne Tätigkeiten, bis die Müdigkeit wieder kommt
- Alptraum weiter träumen / umträumen mit schönem Ende
- Gedanken aufschreiben
- Abends Gute Nacht Tee trinken, keine Schlaftabletten
- Bei anhaltenden Schlafschwierigkeiten: Baldrian
- Keine Zigaretten rauchen, auch nicht vor dem Schafen gehen
- Tagsüber nur power napping (15 Minuten)
- Sudoku oder Kreuzworträtsel
- Nicht ärgern über das „Im-Moment-nicht-schlafen-können“

Therapietagebuch Führen

Selbstverpflichtungsaufgaben (Erfahrungsaufgaben)

Versöhnung - Schuld - Rache

„Die beste Rache an den Täter ist ein gutes Leben“. (Sachsse)

In der Traumatherapie muss es keine Versöhnung mit dem Täter geben, sondern mit sich selbst in Frieden sein.

Opferidentität loslassen, dazu braucht es die Bereitwilligkeit die Opferhaltung aufzugeben.

Stockholmsyndrom

Vater = Täter; Telearbeit: Schatten und gute Teile

Rachephantasien binden an den Täter.

Kein Täterkontakt, auch kein Kontakt zu passiven Tätern / Täterinnen.

Vergebung hat mit uns selbst zu tun. Mir selbst zu verzeihen, bedeute liebevoll auf sich selbst zu schauen und mit dem eigenen Versagen barmherzig zu sein.

Vergebung heißt nicht mehr gebunden sein, die Wunde hindert nicht mehr am Leben.

Vergebung des Täters bedeutet nicht das Geschehene zu rechtfertigen, zu bagatellisieren, schon gar nicht bedeutet es dem Täter Aufmerksamkeit zu geben. Vergebung ist die Macht des Opfers. Es ermöglicht ihm aus der Opferrolle heraus zu kommen und wieder frei von der Macht der Tat und des Täters zu werden.

Hass, Ärger und Wut, Kränkung und Enttäuschung binden uns oft lebenslang an den Täter.

„Die Erinnerung an die Vergangenheit ist wie ein Wurm, der nicht stirbt und sich weiter frisst und ob er Wurm bleibt oder Schmetterling wird, hängt von uns ab.“

Schuldgefühle = oft Täterintrojekte

Lieber schuldig fühlen als ohnmächtig

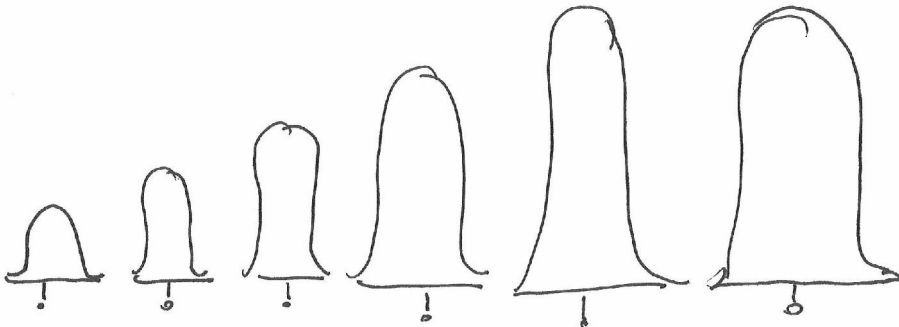
Täterintrojekte hatten als sie entstanden sind eine wichtige Funktion, eine sehr wichtige Schutzfunktion. Entstanden in traumatischen Situationen, weil die Identifikationen und Introjektionen des Täters half, sich nicht mehr ohnmächtig und schuldig zu fühlen und auch nicht mehr so hilflos. Diese Introjekte haben eine gewisse Schutzfunktion und es ist wichtig diese zu würdigen. In der Therapie sollte an den Anteilen das Destruktive verändert werden. Eine Möglichkeit, die Arbeit mit Märchen: Gute Mutter und Stiefmutter, Lieblingsmärchen, Märchen in denen die Eltern auch schlecht waren zu den Kindern, das Böse wird bestraft und das Gute kann bleiben.

Opfer wird zur Täterin

Literaturverzeichnis:

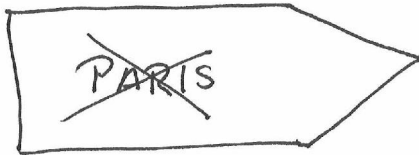
- Bowlby, J. (1972): Mutterliebe und kindliche Entwicklung. Ernst Reinhardt Verlag München / Basel.
- Huber, M. (2003): Wege der Trauma-Behandlung. Paderborn: Junfermann.
- Levine, P. A. (2012): Sprache ohne Worte. Wie unser Körper Trauma verarbeitet und uns in die innere Balance zurückführt. Kösel.
- Najavits, L. M. (2009): Posttraumatische Belastungsstörung und Substanzmissbrauch. Das Therapieprogramm „Sicherheit finden“. Hogrefe, Göttingen.
- Phillips, M. und Frederic, C. (2007): Handbuch der Hypnotherapie bei posttraumatischen und dissoziativen Störungen. Carl-Auer, Heidelberg.
- Reddemann, L. und Dehner-Rau, C. (2007): Trauma. Folgen erkennen, überwinden und an ihnen wachsen. Ein Übungsbuch für die Seele. Trias.
- Reddemann, L. (2001): Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren. Pfeiffer bei Klett-Cotta, Stuttgart.
- Schäfer, I. und Krausz, M. (2006): Trauma und Sucht. Konzepte – Diagnostik – Behandlung. Klett-Cotta, Leben lernen, Stuttgart.
- Schmidt, G. (2005): Einführung in die hypnosystemische Therapie und Beratung. Carl-Auer, Heidelberg.
- Spangenberg, E. (2011): Dem Leben wieder trauen. Traumaheilung nach sexueller Gewalt. Patmos-Verlag.

Suchttherapie



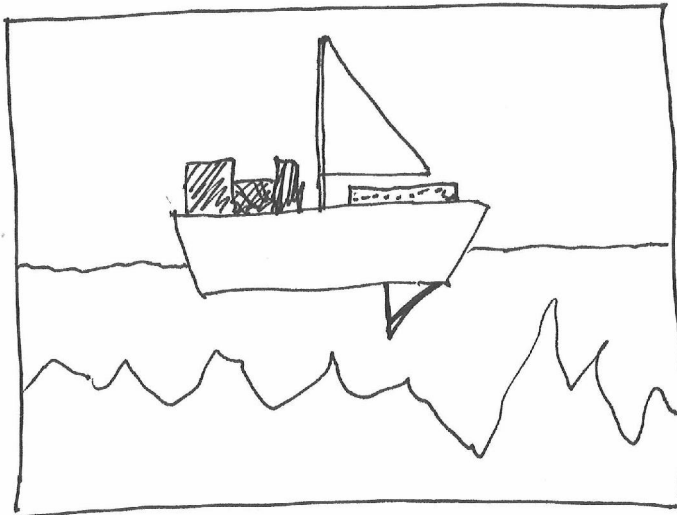
~~Rückfall~~

Vorfall



→ positive Zielformulierung

Therapie $\hat{=}$ Identifizierung einzelner
Glocken
→ Rückfallprophylaxe



Erklärungsmodell

Ladung an Bord
 $\hat{=}$ alltägliche
Belastung

Kiel $\hat{=}$ Disposition

Untergrund-Felsen
 $\hat{=}$ Sozialisation